FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

RAPPORTS PATHOLOGIQUES

DE L'OEIL ET DES ORGANES GÉNITAUX

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

Présentée et soutenue

PAR

Gaston GEORGEON

Docteur en médecine de la Faculté de Paris,

PARIS

A. PARENT, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

29-31, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 29-31

1880

ROYAL LONDON OPHTHALMIC HOSPITAL

FACULTÉ DE MÉDECINE

RAPPORTS PATHOLO

DE L'OEIL ET DES ORGA

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN

Présentée et soutenu

PAR

Gaston GEORGEO

Docteur en médecine de la Faculté

PARIS

A. PARENT, IMPRIMEUR DE LA FAC

29-31, RUE MONSIEUR-LE-PRI

1881

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

RAPPORTS PATHOLOGIQUES
DE L'OEIL ET DES ORGANES GÉNITAUX

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

Présentée et soutenue

PAR

Gaston GEORGEON

Docteur en médecine de la Faculté de Paris,

PARIS
A. PARENT, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
29-31, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 29-31

1880

A MON PÈRE, A MA

Faible témoignage d'affection

A MES PARENT

A M. E. RIBADEA

A MES AMIS

A MON PÈRE, A MA MÈRE

Faible témoignage d'affection et de reconnaissance.

A MES PARENTS

A M. E. RIBADEAUX

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR LASÈGUE

Médecin de l'hôpital de la Pitié
Officier de la Légion d'honneur
Membre de l'Académie de médecine.

A MON EXCELLENT MAÎTRE ET AMI

M. LE DOCTEUR A. DEHENNE

Professeur libre d'ophthalmologie.

RAPPORTS PATHOLOGIQUES

DE L'ŒIL ET DES ORGANES GÉNITAUX

AVANT-PROPOS.

Depuis longtemps l'attention de M. Dehenne s'était portée sur les rapports qui unissent l'œil à l'utérus. Il a même publié l'année dernière une note qui traitait de certains accidents inflammatoires incontestablement en rapport avec les phénomènes de la menstruation (aménorrhée, dysménorrhée, ménopause, etc.). Mais depuis lors le cadre s'est agrandi, et une observation attentive lui a permis de recueillir un grand nombre de faits où le système musculaire de l'œil est influencé non seulement par l'utérus, mais par l'ensemble des organes génitaux. De ces faits, il m'en a confié un certain nombre, et ce sont eux que je me propose de publier aujourd'hui comme travail inaugural.

Ces rapports sont bien connus, dira-t-on ; mais, ce qu'il y a de certain, c'est qu'en présence du malade, on semble les oublier. Le fait suivant le prouve d'une façon irréfutable ; il s'est passé il y a à peine trois semaines :

Obs. I (inédite). — Mme X..., âgée de 36 ans, souffre des yeux depuis près de trois ans. A partir de cette époque, surtout le soir, tout travail rapproché est devenu pénible et fatigant. Les yeux se remplissent facilement de larmes ; les paupières deviennent lourdes ; les conjonctives s'injectent et cette dame accuse à ce moment des sensations de brûlures et de picotements fort désagréables. Le matin elle ouvre difficilement les yeux, non pas que les bords des paupières soient collés mais bien parce que les voiles palpébraux sont raides et, suivant son expression, lui semblent être de *bois*. Au théâtre ou dans tout autre endroit vivement éclairé, elle est fort gênée par l'éclat des lumières, ses yeux alors rougissent avec la plus grande facilité, larmoient, et elle est obligée de les fermer. Depuis le commencement de cette indisposition elle a consulté un grand nombre d'oculistes de Paris, et des plus en renom. L'un lui a ordonné des compresses d'eau chaude, l'autre a prescrit des verres convexes, un troisième a fait ajouter à l'eau chaude un peu de camomille, un quatrième fit instiller quelques gouttes d'un collyre légèrement astringent, et malgré tous ces soins Mme X... n'a pa obtenu le moindre soulagement.

Les verres convexes ont paru lui être plus nuisibles qu'utiles.

M. Dehenne l'examine avec soin et constate un très léger degré d'hypermétropie; les conjonctives sont rouges, injectées, et les voies lacrymales absolument libres. En présence de la persistance de l'affection, de la non-correction de l'hypermétropie par les verres convexes appropriés, il songe alors à interroger l'utérus. Mme X..., en effet, a eu il y a trois ans une métrite à la suite d'une fausse couche; cette métrite est guérie, mais elle a laissé à sa suite un relâchement des ligaments utérins avec un léger abaissement de la matrice. Aucun des ophthalmologues, précédemment consultés, n'avait posé cette question. Seule la malade, fort intelligente, en présence de l'insuccès de tous les traitements, s'était figurée, et à juste titre, que sa maladie avait pu avoir une certaine influence sur sa vue.

Inutile de dire que l'acuité visuelle était parfaite et que seul le système accommodateur avait perdu de sa puissance.

Le diagnostic de métrite et d'abaissement utérin avait été posé par un des premiers chirurgiens accoucheurs de la capitale.

Cette observation est un tableau parfait de la kopiopie utérine. Tout le monde la connaît ou semble la connaître. Tous les auteurs, dans leurs ouvrages plus ou moins volumineux sur les organes génitaux, prononcent au moins une fois le mot vague d'amblyopie ou d'amaurose; mais de là à voir les rapports exacts qui relient les organes génitaux à l'œil, à les saisir cliniquement en présence du malade et à guérir les phénomènes oculaires en traitant l'utérus, il y a un grand

pas. L'exemple que nous venons de citer prouve bien que la connaissance de la kopiopie utérine n'est pas aussi répandue qu'on voudrait bien le croire.

Fœrster, de Breslau, est un des premiers qui ait attiré nettement l'attention sur ce point. Dans ses leçons orales le Dr Abadie en fait souvent mention. Quant à M. Dehenne il ne laisse pas passer une femme asthénope sans porter immédiatement ses interrogations du côté du système utérin. Les phénomènes oculaires dont l'étiologie incombe aux organes génitaux sont de deux sortes : 1° des troubles fonctionnels ; 2° des troubles inflammatoires. Ce sont les derniers qui ont le plus souvent occupé les auteurs. Quant aux premiers, *minuscules* en apparence, ils ont été complètement négligés. Ce sont ceux-là que nous étudierons de préférence.

Avant d'entrer en matière, je prie M. Dehenne d'agréer mes sincères remercîments pour l'appui qu'il m'a prêté, les conseils qu'il m'a donnés et les observations qu'il a bien voulu me confier.

DE L'ASTHÉNOPIE.

En deux mots on peut définir l'asthénopie : *toute fatigue douloureuse pour la vision des objets rapprochés avec disparition des phénomènes douloureux par le repos de l'organe de la vision.* Disons de suite que l'asthénopie n'est

pas une maladie mais bien un symptôme. Depuis fort longtemps cette fatigue de la vision était connue, mais on la considérait comme une sorte d'amblyopie.

C'est Donders qui, par ses remarquables travaux, nous l'a fait connaitre et a montré les rapports immédiats qui l'unissent aux anomalies de la réfraction. Il nous a laissé une magnifique description de l'asthénopie, qui ne pourrait que perdre à être paraphrasée. « Les symptômes de l'asthénopie sont des plus caractéristiques. L'œil a une apparence parfaitement normale ses mouvements ne sont pas troublés, la convergence des lignes visuelles ne présente pas de difficultés, l'acuité visuelle est généralement nette et néanmoins en lisant, en écrivant et en s'appliquant à d'autres ouvrages minutieux, spécialement à la lumière artificielle ou spécialement dans un endroit obscur, les objets deviennent bientôt indistincts et confus; il survient un sentiment de fatigue et de tension, siégeant principalement au-dessus des yeux et nécessitant un arrêt dans le travail. La personne ainsi affectée ferme souvent involontairement les yeux et se passe la main sur le front et les paupières. Après quelques instants de repos, elle voit de nouveau distinctement, mais les mêmes symptômes réapparaissent plus rapidement que la première fois. Plus elle s'est reposée, plus elle peut continuer longtemps son ouvrage. Aussi, après le repos du dimanche, elle commence la semaine avec une nouvelle ardeur et un nouveau pouvoir, suivis cependant d'un nouveau désappointement. Si elle n'est pas occupée avec des objets rapprochés, le pouvoir visuel

semble normal et il n'existe aucune sensation désagréable. Si, au contraire, elle tente, malgré toute la gêne qui survient, par un effort puissant, de continuer des ouvrages minutieux et assidus, les symptômes augmentent progressivement : la tension donne lieu à une douleur réelle et poignante au-dessus des yeux; parfois même il s'ensuit une légère rougeur et un flot de larmes, et le malade s'aperçoit pour la première fois qu'il ne voit plus, même à distance, aussi bien qu'auparavant. Après une trop longue application, il est obligé de s'abstenir pendant longtemps de tout ouvrage. Il est remarquable que, même après un long effort, la douleur siège rarement à l'intérieur des yeux. »

C'est là en quelques mots la description la plus parfaite que nous ayons de l'asthénopie accommodative. Nous y reviendrons plus loin en parlant des causes de l'asthénopie.

Les dénominations qu'on lui a données sont innombrables, et il serait beaucoup trop long et peu intéressant de les énumérer ici. Comme le fait justement remarquer Donders, la nature de l'affection en elle-même ne peut être déterminée que par la connaissance exacte de la cause du symptôme. Sans remonter très loin, en lisant le traité d'ophthalmie de Sichel (Paris, 1837), on peut voir combien à cette époque cet éminent praticien était éloigné de la vérité. Il ne considérait l'asthénopie que comme « le premier degré de l'amblyopie, où le malade voit parfaitement ou presque parfaitement bien, mais où la vue ne supporte pas la moindre fatigue et se

trouble dès que le malade applique les yeux pendant quelque temps ou quelques minutes. »

Après lui Bonnet et Pétrequin exclurent la rétine du symptôme asthénopie. Ils en placèrent la cause principale dans le système musculaire de l'œil, tout aussi bien dans les muscles extérieurs que dans les muscles accommodateurs. A cette époque encore, on faisait de l'asthénopie une affection incurable. Les malades en souffraient beaucoup, et l'on ne faisait rien pour les soulager. Bien plus, si l'un d'eux essayant les lunettes d'un presbyte en éprouvait quelque soulagement, on lui enjoignait vite de ne point s'en servir de peur qu'il ne perdît la vue, et on le forçait à un repos absolu. Fâcheuse thérapeutique qui a causé le désespoir d'un grand nombre d'hypermétropes ! Depuis que l'on connait bien le mécanisme de l'accommodation et les rapports de l'asthénopie avec les anomalies de la réfraction, on suit une ligne de conduite plus sage.

Nous considérerons donc trois sortes d'asthénopie :

1° Asthénopie accommodative;

2° Asthénopie musculaire;

3° Asthénopie nerveuse. — C'est dans cette dernière catégorie que nous ferons rentrer la kopiopie utérine.

ASTHENOPIE ACCOMMODATIVE.

L'asthénopie accommodative est le lot des hypermétropes. L'œil des hypermétropes est celui dans lequel tous les rayons lumineux parallèles à l'axe principal,

vont se réunir en foyer en arrière de la rétine, ou bien c'est celui dans lequel le foyer du système dioptrique de l'œil est situé en arrière de la rétine, l'*accommodation étant complètement relâchée*. Cette restriction est absolument nécessaire, car sans elle on ne pourrait pas comprendre, étant donnée la grande quantité d'hypermétropes, comment un nombre considérable d'entre eux paraissent au premier abord emmétropes et voient très distinctement à l'infini. Ceci explique pourquoi cette affection est restée si longtemps inconnue. Ou bien on ignorait son existence, ou bien on la confondait avec la presbytie. Quand l'hypermétropie devenait manifeste avant l'âge auquel apparaît d'ordinaire la presbytie (de 45 à 50 ans), on en faisait de la presbytie prématurée, et malgré cela on défendait l'usage des lunettes. Du reste, aujourd'hui encore les gens du monde, et même beaucoup de médecins, confondent la presbytie et l'hypermétropie.

L'hypermétropie est un vice de réfraction dû le plus souvent, presque toujours, à une mauvaise conformation anatomique du globe oculaire. La presbytie est un effet de l'âge ; elle est caractérisée *anatomiquement* par une diminution de l'élasticité du cristallin ou de la force contractile du muscle ciliaire, *physiologiquement* par le recul du *punctum proximum*. Tous les yeux, quelle que soit leur conformation, en ressentent les effets plus ou moins *tard*, suivant cette même conformation et suivant l'habitude qu'avait prise le sujet de travailler à une distance plus ou moins rapprochée. Emmétropes, hypermétropes et myopes deviennent

presbytes. Il n'y a d'exception que pour les myopes de $\frac{1}{6}$ et au-dessus, car chez les derniers, le *punctum proximum* ne pouvant pas être plus éloigné que le *remotum*, reste fixé à 24 ou 25 centimètres.

L'hypermétropie 99[100 est due à une diminution de la longueur de l'axe antéro-postérieur de l'œil, fait qui a été constaté anatomiquement. On cite des yeux hypermétropes qui n'avaient que 17 à 18 millim. de longueur d'axe antéro-postérieur au lieu de 24 à 25 millim., longueur normale. En un mot, l'axe antéro-postérieur de l'œil hypermétrope est congénitalement trop court par rapport à la réfringence de son système dioptrique, et les rayons lumineux, parallèles à l'axe principal, vont après réfraction se réunir en foyer en arrière de l'œil. Si l'on se reporte à la théorie des foyers conjugés des lentilles bi-convexes, on voit que plus l'objet se rapproche, plus son foyer va se former en arrière de la rétine; plus l'objet se rapproche, et plus les rayons qu'il envoie sont divergents. Pour se réunir sur la rétine d'un œil hypermétrope, il faudrait que les rayons incidents fussent d'abord convergents. Or, dans la nature, il n'y a pas de rayons convergents ; on ne peut les rendre tels qu'à l'aide d'un artifice (accommodation ou verres convexes). Aujourd'hui il est à peu près généralement admis que l'adaptation de l'œil aux différentes distances ou *accommodation* s'effectue à l'aide de la contraction du muscle ciliaire qui augmente la convexité du cristallin. Dans la chambre noire du photographe, l'adaptation pour les différentes distances se fait tout naturellement par le déplacement de la plaque

qui doit recevoir l'image. Dans l'œil, la rétine qui présente cette plaque ne bouge pas ; pour que l'adaptation ait lieu, la nature a recours à un autre mécanisme, elle augmente la réfringence du système dioptrique. C'est surtout la face antérieure du cristallin qui devient plus convexe ; la face postérieure ne varie guère. La puissance de l'accommodation varie avec l'âge ; et chose singulière, c'est déjà à partir de 10 ans que l'accommodation commence à s'affaiblir.

Lorsqu'un emmétrope regarde au loin, il ne doit faire aucun effort pour voir. Son œil est construit de telle façon que tous les rayons venant de l'infini se réunissent en foyer sur sa rétine. Il conserve donc intacte toute sa puissance d'accommodation pour la vision rapprochée. Il n'en est point de même de l'hypermétrope, qui par la structure même de son œil est déjà obligé de faire un effort pour voir au loin. Plus l'objet se rapprochera, plus l'effort devra être considérable. Toute puissance musculaire a une limite. Le muscle ciliaire n'échappe pas à la loi commune. A bout de contractions, il fait des efforts inutiles et douloureux pour le sujet. C'est là le commencement de l'asthénopie accommodative.

La cause occasionnelle de l'asthénopie consiste donc en une tension continue pour la vision rapprochée, la cause première étant la structure hypermétropique de l'œil. Jusqu'au jour ou Donders fit toucher cette cause du doigt, on pataugea et on alla, comme nous le disions plus haut, jusqu'à croire à une affection du cerveau ou tout au moins du nerf optique ; pendant ce

temps les malades continuaient à souffrir et à ne pas voir.

Le traitement de l'asthénopie accommodative découle naturellement de tout ce que nous venons de dire.

2° ASTHÉNOPIE MUSCULAIRE.

L'asthénopie musculaire appartient surtout à la myopie, l'œil astigmate en souffre aussi quelquefois. Cette asthénopie est liée à l'insuffisance des muscles droits internes, insuffisance du reste qui ne se traduit pas toujours par un strabisme divergent. Le plus souvent, le strabisme est latent et ce sont les plaintes du malade qui attirent l'attention de ce côté. Les symptômes afférents à l'asthénopie musculaire ont de nombreux points de ressemblance avec ceux de l'asthénopie accommodative. Néanmoins il est très facile de distinguer l'une de l'autre ces deux formes de fatigue de la vision rapprochée. Tout travail prolongé est impossible ; en lisant, en écrivant, les objets deviennent confus, les lettres dansent les unes sur les autres ; par moment, elles sont vues doubles. En même temps il survient de la fatigue ; le travail doit être interrompu pour être repris quelques instants après et être bientôt laissé de côté tout à fait. Les yeux s'injectent, des larmes coulent sur la joue et le patient ressent une douleur presque caractéristique qui a son siége à l'angle interne de l'œil au niveau de l'insertion des droits internes. Cette

forme d'asthénopie reconnaît deux causes principales : 1° la faiblesse congénitale des muscles droits internes ; 2° la disposition anatomique elle-même de l'œil myope.

L'œil myope en effet est un œil trop long les rayons parallèles à l'axe principal se réunissent en foyer au-devant de la rétine. Dans les mouvements de convergence, les muscles droits internes ont beaucoup plus de peine à déplacer un ellipsoïde qu'une sphère. Cette fatigue pour la vision rapprochée devient telle que tout naturellement le sujet tend instinctivement à supprimer la vision binoculaire, et, au bout d'un certain temps, le muscle droit externe plus fort l'emporte sur son antagoniste et le strabisme divergent se produit. Deux moyens bien connus permettent de reconnaître facilement l'asthénopie musculaire. Le premier consiste à supprimer l'acte de la vision binoculaire. Si on cache un œil sous un verre dépoli et si l'on fait fixer un doigt avec l'autre œil, immédiatement on voit l'œil caché se dévier en dehors sous l'influence de l'excès de puissance du droit externe. Le même phénomène se produit si l'on fait fixer un objet très rapproché par les deux yeux ; au bout d'un instant, un des deux yeux se dévie en dehors, c'est celui dont le muscle droit interne est insuffisant.

De Græfe a donné un autre moyen très ingénieux pour reconnaître facilement l'insuffisance musculaire et en déterminer le degré, question d'une haute importance, puisqu'elle fournit, comme nous le verrons un peu plus loin, des indications pour la thérapeutique et une règle de conduite pour le chirurgien.

Sur une feuille de papier blanc est tracée une ligne noire très fine sur laquelle est placée un gros point noir exactement traversé par son milieu. Cette feuille étant tenue devant le sujet à la distance de la vision distincte, celui-ci *regarde avec les deux yeux* la ligne et le point. Pendant que son attention est ainsi attirée et que la vision binoculaire s'accomplit, on place devant un œil un prisme à base inférieure de 12 degrés environ ; aussitôt l'acte de fusion est supprimé et les mouvements des yeux sont désormais livrés aux puissances musculaires telles qu'elles existent en réalité. Si les droits internes et externes se font réellement équilibre, l'image n'est dédoublée qu'en hauteur ; par conséquent, les deux lignes se confondent et le malade n'aperçoit qu'une seule ligne et deux points superposés. Si, au contraire, la puissance du droit externe est supérieure à celle du droit interne, l'œil se déviera en dehors, et immédiatement deux lignes et deux points apparaîtront. Ces deux images seront croisées et d'autant plus écartées l'une de l'autre que le strabisme sera plus considérable. »

On lutte contre l'asthénopie musculaire à l'aide de verres prismatiques à base interne ou, si l'insuffisance est trop considérable, on pratique la ténotomie du muscle droit externe.

3° ASTHÉNOPIE NERVEUSE OU RÉFLEXE.

Cette troisième forme d'asthénopie est celle qui nou intéresse le plus. Les auteurs classiques l'ont fait ren-

trer dans l'asthénopie accommodative et l'ont absolument confondue avec elle. C'est là qu'a été leur tort, et ils auraient dû s'en apercevoir le jour où ils se sont trouvés en présence de cette fatigue accommodative, non corrigeable avec les moyens ordinaires (verres convexes, etc.) Quelques-uns en font une paralysie de l'accommodation, et se sont de cette façon encore bien plus éloignés de la vérité. D'autres enfin, et c'est le plus grand nombre se sont contentés des mots vagues d'amblyopie, de goutte sereine, d'amaurose, mots qui ne disent rien, et qui, chaque fois qu'on les emploie font faire un pas en arrière à la science ophthalmologique.

Nous prendrons l'une après l'autre chacune de ces interprétations et nous ferons voir par où elles pèchent.

Mais auparavant, qu'entendons-nous par asthénopie nerveuse ? L'*asthénopie nerveuse* est *une fatigue de l'accommodation, tenant à une cause d'ordre général ou à une lésion organique le plus souvent éloignée, et complètement indépendante de toute conformation anatomique de l'œil, ou de toute autre anomalie de la réfraction.* C'est assez dire que les hypermétropes, les emmétropes et les myopes y sont exposés à un même titre. Une légère restriction est toutefois nécessaire. Ici comme pour toutes les maladies, la cause prédisposante joue un grand rôle. La prédisposition à l'asthénopie tenant surtout à l'hypermétropie, il est évident que toutes choses égales d'ailleurs, les yeux hypermétropes subiront plus facilement l'influence générale que les autres.

Dans l'*asthénopie nerveuse ou réflexe* le sujet se fatigue avec la plus grande facilité. Il supporte avec grande

difficulté la lumière artificielle. Au bout de peu de temps, le globe de l'œil lui-même devient douloureux. La muqueuse palpébrale s'injecte, et la sensation de poussière, de graviers est très marquée. Au réveil les paupières sont lourdes. Elles sont de *bois*, comme le disent très bien les malades. Ce symptôme semble ne jamais manquer dans l'asthénopie d'origine utérine. Tout travail devient absolument impossible. Même après un repos prolongé, la fatigue se produit avec une très grande rapidité. La vision éloignée n'est pas non plus exempte de troubles morbides. A chaque instant la malade, qui en est atteinte, est obligé de fermer les yeux, et comme nous le faisions remarquer tout à l'heure, les phénomènes douloureux se font surtout sentir dans un endroit vivement éclairé, salles de spectacles, concerts, etc. A l'examen ophthalmoscopique on peut constater l'existence de l'emmétropie, de la myopie ou de l'hypermétropie. Cette dernière anomalie de réfraction toutefois prédomine, mais à un degré qui n'est jamais en rapport avec la fatigue dont se plaignent les malades. Les verres convexes ne les soulagent pas, l'examen du fond de l'œil est négatif. Et alors, et c'est le point capital, on *trouve toujours* dans l'organisme une partie malade qui est le départ de ces accidents : organes génitaux de la femme (métrite chronique, ovarite, métro-péritonite, ulcérations, déviations utérines, etc.). Organes génitaux de l'homme (masturbation, pertes séminales, excès de coït), vers intestinaux, suppression d'un flux hémorrhoïdaire, etc. Aussi les troubles oculaires ne disparaissent-ils qu'avec la cause première.

De tous temps, dira-t-on, on a remarqué une coïncidence entre les états généraux et une faiblesse oculaire. Mais quelle faiblesse? de l'amaurose! Qu'est-ce que cela signifie? De la paralysie accommodative! Elle est rare, et on l'a toujours ou presque toujours confondue avec l'asthénopie que nous venons de décrire. De l'asthénopie accommodative! Cette dernière interprétation est la plus récente, et elle est pourtant bien défectueuse, car il n'y a pas de rapport entre l'asthénopie accommodative vraie tenant à l'hypermétropie et l'asthénopie réflexe qui a des caractères différentiels bien nets et bien tranchés.

Dans l'*asthénopie accommodative vraie*, le malade se plaint de fatigue pour le travail rapproché. Au point de vue de la réfraction, il est toujours hypermétrope. Des verres convexes bien choisis le soulagent immédiatement.

Dans l'*asthénopie réflexe* la fatigue existe aussi bien pour la vision rapprochée que pour la vision éloignée. La conformation de l'œil est presque indifférente. Les verres convexes n'amènent aucun soulagement. Cela va de soi dans les cas de myopie ou d'hypermétropie. Quand il s'agit de l'hypermétropie, l'explication est plus difficile à donner, et aucun auteur que nous sachions ne l'a essayé. Pourquoi étant données l'hypermétropie et l'asthénopie, des lunettes en rapport avec le degré d'hypermétropie *manifeste* ne soulagent-elles pas les malades? Parce que le phénomène réflexe, en lui-même, est d'essence absolument variable. A chaque instant l'état du muscle ciliaire varie. Tantôt en état de

spasme, tantôt en état de parésie, il subit, dans l'espace de quelques minutes, les variations les plus inimaginables. Il se tend et se détend à tout moment. L'examen à l'ophthalmoscope permet de saisir ces variations avec la plus grande facilité. Comment un verre, quel qu'il fût, pourrait-il soulager cette véritable chorée du muscle accommodateur, chorée qui suffit très bien à expliquer les sensations douloureuses dont se plaignent les malades ?

Nous ne croyons pas que l'on puisse confondre l'asthénopie accommodative avec l'asthénopie nerveuse. Toutes nos observations montrent la différence profonde qui sépare ces deux états de l'œil. Dans toutes, les verres n'ont apporté un soulagement qu'après disparition totale de la cause première (ulcérations du col, vaginisme, etc.).

Pour la paralysie de l'accommodation, la confusion est encore plus difficile. La vision rapprochée est impossible mais elle n'est pas douloureuse. Le verre convexe en rapport avec le degré de parésie ciliaire, la corrige immédiatement et encore ce verre ne convient-il que pour une distance déterminée. S'il s'agit d'un hypermétrope, il est naturel que la vision éloignée sera défectueuse au même titre que la vision rapprochée. La paralysie accommodative ne reconnaît pas absolument les mêmes causes que l'asthénopie nerveuse. Celle-ci dépend plus de l'utérus, qui exerce son action, indépendamment de toute débilité générale ; tandis que la paralysie de l'accommodation reconnaît plutôt des causes

extra-utérines, et parmi ces causes il faut noter la masturbation qui joue un très grand rôle.

Quant à l'*amaurose*, nous ne verrions pas nécessité d'en parler, si ce mot ne venait à chaque instant dans les auteurs auxquels nous faisions allusion plus haut. D'après leurs descriptions mêmes, cette amaurose cadre presque toujours avec la paralysie accommodative. Quant à l'asthénopie nerveuse proprement dite, ils ne paraissent pas l'avoir observée.

Parmi les troubles fonctionnels il ne faut pas oublier de placer le spasme de l'accommodation qui très souvent aussi peut donner le change. Dans le spasme de l'accommodation, il y a contracture du muscle ciliaire, et, par conséquent, augmentation de la courbure du cristallin et de la puissance réfringente de l'œil. Ce spasme peut survenir chez les hypermétropes à la suite d'efforts incessants et prolongés de l'accommodation. Mais ici comme pour l'asthénopie nerveuse, l'hypermétropie faible ne peut jouer que le rôle de cause prédisposante, et le spasme alors est dû à un réflexe dont le point de départ siège dans l'utérus ou dans l'ensemble des organes génitaux. Quelquefois ce point de départ peut être un traumatisme, et, il y a quelque temps, M. Dehenne a publié une observation fort intéressante de spasme traumatique de l'accommodation. Depuis cette époque il a eu l'occasion d'en constater plusieurs faits analogues tenant à une affection dont le siège était éloigné de l'œil. Dans un de ces cas l'onanisme avait amené le spasme. Le plus souvent lorsqu'elle agit sur l'œil la masturbation amène des paralysies de l'accommodation. On com-

prend très bien comment à un examen peu attentif le spasme peut être confondu avec l'asthenopie accommodative, et même si le médecin consulté est peu au courant de l'ophthalmologie, les mots amblyopie ou amaurose peuvent être prononcés. Au premier abord, on pourrait croire à l'asthénopie accommodative parce que le travail de près est généralement très pénible, parce qu'il est accompagné de souffrances, et la plus faible contraction du muscle ciliaire déjà tétanisé devient douloureuse. Mais l'examen ophthalmoscopique, pratiqué avec soin, met immédiatement sur la bonne voie. Lorsqu'il y a contracture du muscle ciliaire, les conditions dioptriques de l'œil sont changées comme l'a très bien fait remarquer M. Dehenne dans le travail cité plus haut. La réfringence de la lentille cristallinienne a subi une variation en plus, et le foyer principal du système dioptique s'est déplacé en avant. Il s'est produit une véritable *myopie dynamique*. Dans ce cas, on constate alors l'existence d'une image renversée qui se forme en avant de l'œil à une distance qui varie avec le degré du spasme. (*Un mot sur la mesure de la myopie — par Dehenne — Recueil d'ophthalmologie — Juillet* 1878.) Cette image renversée ne peut exister que dans le cas où la rétine est placée au delà du foyer principal du système dioptrique. Si l'on a affaire à une myopie vraie, la position de cette image renversée reste invariable pendant toute la durée de l'examen. Si au contraire il s'agit d'un spasme de l'accommodation, comme la contracture du muscle ciliaire varie à chaque instant, surtout pendant l'examen à l'ophthalmoscope, la position de l'image

renversée varie aussi. Pour s'assurer du reste de l'exactitude du diagnostic il suffit de paralyser le muscle ciliaire avec quelques gouttes d'atropine et le punctum remotum qui, avant l'instillation, était à une distance déterminée au devant de l'œil devient: $R = \infty$.

Comme exemple de spasme de l'accommodation nous citons le fait suivant:

Obs. II (inédite). — Au mois de mars 1879, M. Dehenne fut consulté par Mme X... pour son plus jeune fils âgé de 10 ans. Jusqu'à ce moment, cet enfant s'était plaint de ne pouvoir faire un travail prolongé surtout le soir, mais on n'avait tenu aucun compte de ses récriminations. Plein de bonne volonté, l'enfant luttait contre la fatigue qui s'emparait de ses yeux après quelques instants d'étude, jusqu'au moment où vaincu par les efforts qu'il était obligé de faire, il était forcé de tout abandonner.

La première idée qui se présentait, c'est que l'on était en face d'un cas d'hypermétropie simple avec asthénopie. Mais l'examen avec le miroir donnait de la myopie. — $M = \frac{1}{12}$. — Il se formait au devant de l'œil une image réelle et renversée et qui se présentait à peu près à 12 pouces au devant de l'œil. Pendant l'examen la position de l'image ne restait pas invariable comme dans les cas de vraie myopie. L'idée de spasme de l'accommodation était alors toute naturelle. De l'atropine fut instillée dans les deux yeux. La myopie se transforma soudainement

en hypermétropie (Ht. $= \frac{1}{16}$). On avait donc à faire à un spasme de l'accommodation chez un hypermétrope. L'hypermétropie expliquait parfaitement la fatigue dont se plaignait depuis longtemps le petit malade pour la vision rapprochée.

Mais l'hypermétropie seule ne suffisait pas à expliquer le spasme de l'accommodation; du moins M. Dehenne ne le pensait pas. Pour lui l'hypermétropie n'avait agi que comme cause prédisposante. Et cherchant la cause occasionnelle, il la trouva dans la pratique de la masturbation à laquelle depuis quelque temps se livrait ce petit garçon.

Le repos des yeux fut ordonné et une surveillance attentive fut recommandée de la part des parents. Quinze jours après le début du traitement, on cessa l'usage de l'atropine, les verres convexes appropriés au degré de l'hypermétropie furent choisis et le spasme accommodateur ne se reproduisit plus.

Les vers intestinaux peuvent jouer un rôle analogue.

Quant aux lésions utérines nous n'en avons pas d'exemple pour l'instant, mais il n'y aurait rien d'étonnant à ce que le mot *Amaurose*, employé par les auteurs fût synonyme dans certains cas de *spasme de l'accomdation*, comme il l'est bien souvent de *paralysie accomomodative*.

TROUBLES INFLAMMATOIRES

Les troubles inflammatoires qui ont l'œil pour siège ne nous arrêteront pas longtemps. Au contraire de l'asthénopie nerveuse ils sont assez bien connus. Parmi les accidents: les irido-choroïdites tiennent la première place tant par leur fréquence que par leur gravité. Néamoins les auteurs classiques en font à peine mention.

M. Dehenne a insisté sur les faits dans un travail qui avait pour titre: *Rapports pathologiques de l'œil et de l'utérus* et qui a été publié dans *les Annales de gynécologie* au mois de septembre 1879.

Pour lui l'*utérus* malade agit comme cause occasionnelle ou déterminante, la prédisposition étant représentée par la syphilis ou le rhumatisme. L'iris est très-sensible à l'action de ces deux diathèses. La susceptibilité morbide de l'iris étant portée au plus haut degré par le tempérament rhumatismal, survient la grande perturbation fonctionnelle qu'engendre la ménopause ou l'aménorrhée, l'iris s'enflamme, la choroïde se prend consécutivement, et la maladie revêt de suite un caractère de gravité rare dans les cas simples.

En deux mots, voici généralement comment se passent les choses, avec quelques variantes : Une jeune fille de 14 ou 15 ans, pâle, lymphatique, les yeux cernés, vient consulter parce qu'elle souffre d'un œil, et qu'elle n'y voit presque plus. Quelquefois, mais beau-

coup plus rarement, les deux yeux sont pris. La vue de cet œil a baissé depuis une ou plusieurs années. Souvent il rougit et devient douloureux, puis tout rentre dans l'ordre, pour recommencer quelques jours après.

La pupille est petite et déformée; l'atropine n'a aucune action sur elle. L'iris est légèrememt décoloré et son équateur bombe en avant dans la chambre antérieure. L'injection périkératique est plus ou moins prononcée; l'œil est dur et douloureux au toucher. Dianostic *irido-choroïdite chronique à répétitions*. Comme étiologie : la jeune fille est mal réglée ou pas réglée du tout. Elle a habité des logements humides; elle a des douleurs dans les articulations des genoux, des coudes, des épaules etc. Son père ou sa mère est rhumatisant; quelquefois tous les deux. On pratique une *iridectomie*.

On soigne la constitution générale de cette personne. La menstruation, sous l'influence du traitement, se rétablit, devient régulière, et la guérison survient. Lorsque des synéchies viennent accoler le cercle pupillaire à la cristalloïde antérieure, les rechutes d'iritis ou d'irido-choroïdites sont fréquentes. Leur répétition peut amener la désorganisation totale du globe oculaire.

Chez les malades auxquels M. Dehenne fait allusion dans son travail, il est digne de remarque que les nouvelles poussées coïncident toujours avec une époque menstruelle, qui vient pour ainsi dire donner le branle à la cause *mécanique* bien connue de tous, mais si diversement interprétée.

Pour *de Græfe*, les rechutes proviennent du tiraillement continuel de l'iris par les synéchies, et de l'interuption de communication entre le segment antérieur et le segment postérieur de l'œil. Beaucoup d'ophthalmologistes partagent cette manière de voir, et pratiquent l'iridectomie pour libérer l'iris d'une partie de ses adhérences, et rendre à l'humeur aqueuse son cours normal entre la face postérieure et la face antérieure de l'iris.

M. de Wecker aussi pratique l'iridectomie, mais dans un autre but. Il veut empêcher que l'iris, «repoussé par le liquide accumulé derrière lui, ne vienne faire saillie en avant, pour s'adosser à la surface postérieure de la cornée en obstruant l'encoignure de la chambre antérieure, et en faisant naître alors des difficultés dans la filtration à travers le tissu trabéculaire péricornéen.» Dans son opération, M. Wecker a pour but de laisser libre l'encoignure de la chambre, et d'éviter les enclavements et l'excision incomplète de la périphérie de l'iris. C'est l'extension à l'irido-choroïdite de ses idées sur l'étiologie du glaucome « résultant, dans la majorité des cas, d'une entrave à l'excrétion des liquides.»

Récemment (*Annales d'oculistique*, avril 1879) Abadie, après discussion de ces différentes théories, s'en est encore tenu aux idées de Græfe et de Donders.

Quoi qu'il en soit, les synéchies existant, les troubles menstruels viennent donner un coup de fouet à la phlegmasie endormie, et de cette façon on peut parfaitement expliquer comment des iritis, avec synéchies postérieures totales, restent plusieurs années sans atti-

rer l'attention, tandis qne d'autres fois, trois, quatre, cinq récidives se suivent à intervalles très rapprochés. Voilà pourquoi aussi la pupille artificielle ayant été pratiquée, on a eu malgré cela des rechutes ; c'est qu'on s'est tenu au traitement local, à l'iridectomie, sans s'inquiéter de l'état général. Dans les iritis chroniques, on a vanté à juste titre la sécurité que donne l'iridectomie; mais cette sécurité n'est complète que si on tient compte des causes qui ont enflammé l'iris (rhumatisme, syphilis, etc.) et de celles qui amènent les rechutes (aménorrhée, dysménorrhée, ménopause etc.)

Dans son excellente thèse inspirée par Abadie : (Nature et traitement de certaines formes d'irido-choroïdites. — Paris, 1874), le Dr Denis fait allusion aux irido-choroïdites spontanées, qui surviennent chez les femmes à l'époque critique, au moment où le flux menstruel commence à montrer des irrégularités. « On remarque, dit-il, une certaine corrélation entre l'état du tractus uvéal et celui du système utérin. » Son observation VI cadre admirablement avec celles que M. Dehenne a observées.

Il s'agit d'une femme de 36 ans, rhumatisante depuis l'âge de 22 ans, mal réglée depuis quatorze mois. Avec « l'apparition des troubles menstruels, » douleurs dans l'œil droit (à chaque époque; signe d'irido-choroïdite). Il paraît difficile à M. Denis de démêler là-dedans ce qui appartient au rhumatisme, de ce qui est le fait du trouble menstruel. M. Dehenne croit, pour sa part, que l'explication est aisée. Cette femme avait eu une « iritis rhumatismale. » Des synéchies s'étaient formées. Tant

que les règles avaient été régulières, elle n'avait pas souffert. Vient la perturbation menstruelle, l'iris (*locus minoris resistentiæ*) s'enflamme, les synéchies « cause mécanique » sont tiraillées et la poussée d'irido-choroïdite est constituée.

M. Galezowski a constaté, dans certains cas, à la suite de troubles menstruels, de la choroïdite atrophique disséminée aussi bien chez les jeunes filles mal réglées que les femmes arrivées à l'âge de 45 à 48 ans. Le même auteur parle également d'irido-choroïdites.

Pour M. Perrin, la coïncidence de la choroïdite-atrophique avec les troubles fonctionnels du système utérin n'est pas absolument prouvée ; on n'a jamais découvert, d'une façon satisfaisante, la cause du mal.

Sichel père relate, dans son « Iconographie ophthalmoscopique, le cas d'une choroïdite postérieure survenue sans doute à la suite de la ménopause.

M. Meyer a trouvé de la choroïdite plastique chez les femmes après la fièvre puerpérale, pendant le retour d'âge.

Desmarres, au nombre des causes de la choroïdite cite la « suppression des règles » chez la femme.

Il en est de même de M. Ch. Deval, de Vecker, d'Abadie, etc., qui notent l'influence de l'utérus dans l'étiologie de l'iritis séreuse et des irido-choroïdites spontanées.

Quant aux gynécologistes : Brierre de Boismont, Raciborski, Courty, Martineau, H. Fournier, Churchill, etc., tous ont remarqué dans quelques cas l'action manifeste du système utérin sur l'œil et invaria-

blement ils traduisent cette influence par les mots : amblyopie, amaurose, hallucinations de la vue, etc.

D'autres troubles inflammatoires, moins graves que les précédents ont été notés au moment des époques menstruelles. Ces faits ont peu d'importance. Il s'agit le plus souvent de catarrhes conjonctivaux, de poussées de blépharites, d'orgeolets, d'ulcérations de la cornée, etc..., autant de faits auxquels M. Lerat fait allusion dans sa thèse (Paris, 1878).

CAUSES

Dans les chapitres précédents, on a pu voir que toutes les maladies des organes génitaux de la femme pouvaient être le point de départ d'accidents oculaires et en particulier de l'asthénopie nerveuse ou réflexe. Toutefois nous avons noté aussi chez l'homme la masturbation, les excès de coït, les pertes séminales, la suppression d'un flux hémorrhoïdaire, etc., comme pouvant agir dans l'étiologie des phénomènes oculaires. Nous tâcherons d'établir ou de démontrer dans ce chapitre l'influence de ces mêmes causes. A l'appui de notre démonstration, nous n'avons pas d'autopsies, mais dans un grand nombre de cas, les examens des organes génitaux ont été pratiqués par des hommes compétents, et chaque fois l'examen avait prouvé l'exactitude du diagnostic et le rapport étroit qui existe entre les troubles visuels et un état morbide de l'utérus ou de ses annexes.

Le professeur Freund, nous dit Abadie, ayant eu l'occasion de faire quelques nécropsies de malades atteintes de kopiopie utérine, a constamment trouvé le tissu cellulaire péri-utérin altéré et présentant tous les caractères de l'inflammation chronique. « Le début du processus morbide est marqué par l'hypertrophie du tissu cellulaire qui entoure le col de l'utérus, hypertrophie suivie bientôt de la période de rétraction. Cette rétraction se prolonge de proche en proche au tissu cellulaire voisin, qui remplit le ligament large ; il en résulte des déviations, des adhérences anormales entre l'utérus et les organes adjacents, vessie, rectum, des déplacements du ligament rond, de l'ovaire et de la trompe ; les vaisseaux et nerfs utérins sont tiraillés.

« Les désordres qui se produisent ainsi dans les organes que renferme la cavité pelvienne se manifestent par des troubles de la menstruation ; les règles sont profuses ou irrégulières, il existe aussi habituellement des troubles de la miction, de la constipation. En explorant les culs-de-sac du vagin, on sent quelquefois des brides fibreuses, douloureuses au toucher ; on constate des déviations ou des inflexions de l'utérus, et dans certains cas tous les signes de la métrite chronique, ulcérations du col, catarrhe utérin, etc. »

Dans nos observations nous avons remarqué que tout le canal vagino-utérin pouvait aussi bien que les annexes être le point de départ des accidents. L'utérus seul n'est donc pas en jeu, et ici la définition kopiopie utérine nous semble en défaut. Le fait suivant le prouve péremptoirement.

Obs. III (inédite). Mme S..., âgée de 43 ans, vient à la clinique pour la première fois le 22 août 1879. Elle se plaint de fatigue en travaillant surtout le soir à la lumière artificielle. Tout éclairage un peu intense lui est désagréable. Les yeux la picotent constamment, sont larmoyants. Le bord des paupières est rouge, les conjonctives sont injectées; le matin elle éprouve de grande difficulté à ouvrir les yeux, quoique les paupières ne soient pas collées l'une contre l'autre. Mais elles sont lourdes, et suivant l'expression adoptée par la plupart des malades et déjà citée plus haut, elles sont de *bois*.

Cette femme est mère de deux enfants. Ses couches se sont bien passées. Elle est réglée d'une façon convenable et ne souffre pas aux époques menstruelles.

A l'ophthalmoscope on constate un léger degré d'hypermétropie. (H. m. = $\frac{1}{30}$.) Les réponses de cette malade éloignent toute idée d'asthénopie réflexe d'origine utérine, l'asthénopie accommodative seule paraissant en jeu. Aussi ordonna-t-on des lunettes appropriées au degré de l'hypermétropie, des lotions chaudes et un collyre astringent.

Un mois après elle revint. Elle n'était pas soulagée, les lunettes convexes la fatiguaient très rapidement et les yeux étaient toujours injectés. C'est alors que M. Dehenne l'adressa le 25 octobre au Dr Le Blond, dont la compétence n'est pas douteuse. Son diagnostic fut : *léger vaginisme avec rougeur des parois vaginales*. M. Le Blond prescrivit alors un traitement en conséquence.

Le 15 janvier 1880 elle se présente de nouveau à la

clinique. Elle se trouvait très soulagée, travaillait beaucoup plus facilement avec ses lunettes, et les yeux étaient beaucoup moins injectés. Renvoyée au Dr Le Blond elle rapporte la note suivante : « le vaginisme est moins marqué. Le vagin a repris sa coloration normale et l'introduction du spéculum est peu douloureuse. »

Nous ne croyons pas trop nous avancer en inférant de là que lorsque le vaginisme aura complètement disparu, les accidents oculaires disparaîtront à leur tour. Pour toute personne de bonne foi, la relation entre le vaginisme et l'asthénopie nerveuse ne paraît pas douteuse.

Quelques auteurs citent des cas d'affections oculaires consécutives à des inflammations de la vulve. Les observations sont trop vagues pour qu'il nous soit permis d'en tirer des arguments sérieux en faveur de la thèse que nous soutenons. Nous savons que toute suppuration prolongée est une cause d'affaiblissement de la constitution. L'état moral des malades se ressent quelquefois de la prolongation d'une maladie de ce genre ; il n'y a donc rien de surprenant à ce qu'il se produise dans ces situations là des paralysies plus ou moins complètes de l'accommodation, des phénomènes asthénopiques que l'on rangeait autrefois dans la vaste classe des amblyopies et des amauroses.

Les ulcérations du col sont souvent le point de départ de l'asthénopie réflexe.

Obs. IV (inédite). Mme B... se présente à la clinique de M. Dehenne le 24 juin 1879. Elle est âgée de 24 ans.

Depuis quelque temps elle s'est aperçue qu'elle travaillait avec difficulté, surtout le soir à la lumière artificielle, dont l'éclat la fatigue beaucoup. Le matin, les paupières sont lourdes et s'entrouvent très difficilement.

A l'ophthalmoscope léger degré d'hypermétropie, correction immédiate à l'aide de verres convexes + 30. Mais après quelques minutes la fatigue se fait ressentir et les yeux s'injectent. Une nouvelle série de verres est essayée et le même phénomène se reproduit.

On songe alors à la kopiopie utérine, opinion justifiée d'ailleurs par la réponse de la malade. Elle a fait une fausse couche il y a six mois. Depuis cette époque elle a toujours souffert du ventre et en ce moment elle est en traitement pour des ulcérations du col.

Les phénomènes oculaires éprouvés par cette malade entrent exactement dans la catégorie de ceux déjà décrits sous le nom d'asthénopie réflexe. Les symptômes observés sont pour ainsi dire stéréotypés ; la cause seule varie et cette cause existe presque toujours dans le système utéro-ovarien.

Parmi les affections qui ont été le point de départ de l'asthénopie réflexe, les métrites chroniques jouent un grand rôle : mais celles qui, au point de vue de la fréquence, tiennent absolument le premier rang, ce sont les perturbations des fonctions menstruelles (aménorrhée, dysménorrhée, pertes utérines, ménopause, etc.). C'est du reste aussi dans ces cas là que les auteurs déjà cités par nous avaient remarqué les perturbations oculaires mal définies, mal comprises, mais qui n'en existaient pas moins.

On pourrait objecter que les pertes du sang et les flueurs blanches agissent comme cause débilitante ; à cela nous répondrons que la débilitation de l'organisme quelle qu'en soit la cause, n'amène pas des phénomènes d'asthénopie nerveuse telle que nous l'avons décrite. Les gens affaiblis anémiés ont de la parésie accommodative ; chez eux l'hypermétropie d'abord latente devient rapidement manifeste. Mais ils n'éprouvent pas tout cet ordre de sensations bizarres qui semblent appartenir en propre aux affections utérines et aux organes génitaux.

Pour quelques auteurs la masturbation agirait aussi comme cause débilitante. Nous y reviendrons tout à l'heure. Mais nous tenons à rappeler l'observation de cet enfant citée plus haut, et dans laquelle l'onanisme a amené un spasme de l'accommodation. Ce n'est pas de cette façon qu'agissent d'ordinaire les causes débilitantes.

Pour en revenir aux pertes utérines, voici un fait qui nous paraît probant.

Obs. V (inédite). — Mlle M..., d'origine anglaise, âgée de 31 ans, vient consulter M. Dehenne au commencement de janvier 1880. Elle se plaint de souffrir des yeux depuis 18 mois. (Nous croyons inutile de répéter tous les symptômes déjà mentionnés : paupières lourdes le matin, injection conjonctivale, grande sensibilité à la lumière etc.) Or tous ces phénomènes datent du jour de son arrivée à Paris et ont, au dire de la malade parfaitement coïncidé avec l'apparition de

pertes utérines qui reparaissent deux ou trois fois par mois et toujours en grande abondance.

Obs. VI (inédite). — Mme L..., sage-femme, âgée de 40 ans et qui est venue à la clinique le 31 mars 1879, était absolument dans la même situation que la malade précédente.

Elle doit se servir pour voir de près de verres convexes depuis qu'elle est sujette à ces pertes considérables. Ces verres ne la soulagent pas complètement, car Mme L... présente aussi tous les symptômes de l'asthénopie réflexe.

Quant à l'influence de la menstruation elle est remarquable par sa fréquence.

Brierre de Boismont parle d'une jeune fille qui pendant les six semaines qui précédèrent l'apparition des règles, fut privée de la vue tous les matins ; ce phénomène ne se reproduisit plus après l'écoulement sanguin. Il est regrettable que l'examen ophthalmoscopique ne fut pas pratiqué.

Le même auteur rappelle trois cas où la vue fut affaiblie ou perdue pendant plusieurs époques ; chaque retour du flux menstruel était indiqué par une cécité complète ou affaiblissement considérable de la vision. Même remarque pour l'âge critique. Brierre de Boismont recueillit l'observation d'une femme qui vers 45 ans eut une cécité qui dura trois ou quatre jours.

En 1864, Brown et Musselbourgh ont relaté dans la *Gazette des hôpitaux* le cas d'une femme de 40 ans, chez laquelle l'écoulement menstruel cessa subitement. Une

céphalalgie déchirante se déclara, et il survint des symptôme sd'hémiplégie avec une amaurose de l'œil gauche. Les saignées amenèrent une amélioration notable dans la santé générale, mais sans succès pour le rétablissement de la vision. M. Brown dirigea son attention du côté de l'appareil génital de la femme. Après six mois de soins il réussit à rétablir les règles et bientôt après la vue est revenue.

Andral rapporte qu'une femme âgée de 45 ans, qui n'étant pas réglée depuis trois mois, mais crachant le sang depuis l'âge de 35 ans, fut prise tout à coup d'une cécité complète ; au même moment le sang disparut dans les crachats. Cette cécité n'était accompagnée d'aucun accident cérébral. On avait appliqué les sangsues au cou en même temps qu'on avait pratiqué une saignée, et la vue revint dans l'espace de huit jours.

M. Galezowski publia la même année à *la Gazette des hôpitaux* une observation intitulée : *Amaurose cérébrale double due à la suppression de l'époque menstruelle. — Guérison.* Dans cette observation il s'agit d'une jeune malade (24 ans) récemment accouchée. Six semaines après, les règles n'ayant pas reparu, elle fut prise d'une amaurose complète des deux yeux qui dura cinq jours. Elle ne fut guérie que par une saignée locale abondante, pratiquée aux parties génitales.

M. Desmares, à propos de l'amaurose cérébrale des femmes enceintes, dit: qu'appelé le cinquième jour près d'une dame de 26 ans, grosse de six mois et devenue tout à coup aveugle, il ne trouva qu'une légère con-

gestion des vaisseaux rétiniens que des saignées répétées rappelèrent promptement à la vue.

Follin a noté des cas d'hémorrhagies intra-rétiniennes au moment de la ménopause chez la femme. Il a également constaté, concurremment avec des troubles utérins, une anémie de la papille et plus tard le retour d'une circulation plus active dans l'extrémité du nerf optique. Il a supposé alors que l'amaurose était la conséquence d'une anémie de la papille par contracture réflexe des vaisseaux rétiniens.

M. Ch. Deval a fait aussi mention de l'amaurose suite de la suppression du flux menstruel. Quant à la congestion choroïdienne dit-il : « on l'observe fréquemment chez les hémorrhoïdaires, chez les femmes à l'époque de la grossesse et après celle de la ménopause. »

Demours dans son traité prononce plusieurs fois le mot amaurose survenant soit à la suite d'un arrêt des lochies après l'accouchement, soit dans un retard ou la suppression des menstrues.

Ces faits nous éloignent un peu de l'asthénopie nerveuse mais ils n'en sont pas moins fort intéressants à noter. Très souvent la suppression des règles entraîne l'apparition d'accidents inflammatoires, comme nous l'avons fait remarquer dans un des chapitres précédents. La plupart des faits d'asthénopie nerveuse, recueillie à la clinique de M. Dehenne, se rapportent à des suppressions ou à des irrégularités du flux menstruel.

Nous en avons observé tout récemment une vingtaine de cas, indépendamment de ceux déjà cités, et dans les

hôpitaux, dans les services de femmes, en interrogeant des malades en traitement pour des affections utérines ou de leurs annexes, nous avons toujours trouvé quelques troubles manifestes du côté des yeux.

Tous ces faits sont notés sous la même rubrique (hypermétropie légère; kopiopie utérine) et toujours les phénomènes oculaires ont disparu après la cessation des irrégularités du flux menstruel.

Nous répéterons que les observations que M. Lerat a citées dans sa thèse se rapportent à la même cause.

M. Tanguy (Emilien), dans sa thèse également puisée à la clinique d'Abadie, a traité des troubles oculaires simulant l'asthénopie accommodative, et les faits apportés à l'appui de son sujet cadrent admirablement avec une partie du nôtre.

La masturbation et les excès de coït engendrent des phénomènes oculaires qui rentrent parfaitement dans le cadre de notre asthénopie nerveuse. Malheureusement, nous n'en possédons pas d'observations à nous personnelles. Nous avons le cas cité plus haut de spasme de l'accommodation et M. Dehenne a observé récemment une jeune fille qui, atteinte d'une double paralysie de l'accommodation, était très probablement sous l'influence de la même cause.

Si nous remontons jusqu'à Sanctorius et Celse, nous verrons qu'ils ont maintes fois remarqué la perte ou l'affaiblissement de la vue parmi les désordres qu'entraîne la masturbation.

Dans les *Mémoires des curieux de la nature* nous relevons le passage suivant : « L'on ignore quelle sympa-

thie les testicules ont avec tout le corps, mais surtout avec les yeux. »

Tissot a vu un homme de 59 ans qui, « trois semaines après avoir épousé une jeune femme, tomba tout à coup dans l'aveuglement et mourut au bout de quatre mois. »

Hoffmann cite un grand nombre de faits analogues.

M. Guépin, dans les *Annales d'oculistique* (1859), parle d'un jeune homme à qui il donnait ses soins. Il suffisait à ce malheureux de toucher la main d'une femme un peu bien de figure pour avoir de suite une perte prostatique ou spermatique.

M. Mauriac, dans son article Onanisme (Dict. de méd. et chirurg. prat.), parle aussi de l'influence des excès vénériens sur l'organe de la vision. Il donne l'exemple d'une petite fille, à peine âgée de 3 ans, que ni les prières, ni la honte, ni les menaces, ni les punitions ne réussirent à corriger et qui n'en continua pas moins jusqu'à l'époque de son mariage. Elle succomba pendant le travail de l'accouchement.

Rognetta rapporte l'observation d'un jeune homme de 19 ans. natif de Palerme, qui était atteint d'un affaiblissement considérable de la vue. Cet individu avait contracté l'habitude de se masturber jusqu'à sept fois par jour. Il aimait aussi, ajoute l'auteur, énormément la pédérastie.

Nous ne terminerons pas ce que nous désirons dire des rapports qui existent entre l'œil et les excès vénériens sans mentionner une leçon faite à Moorfields le 20 août 1875 par J. Hutchinson, intitulée : *De l'in-*

fluence du système sexuel sur les maladies de l'œil. D'après l'auteur anglais, les *organes génitaux* dans l'un et l'autre sexe exercent une influence plus profonde et plus mystérieuse que toute autre partie de l'organisme sur le sens de la vision. Notons surtout la remarque suivante d'Hutchinson : « La masturbation n'occasionne pas seulement des mouches, mais elle peut encore produire de curieux symptômes subjectifs que les malades décrivent en disant : qu'il leur semble que leur œil est devenu raide et semblable à du verre, et que leur vue, sans qu'on puisse prouver qu'elle soit devenue imparfaite, est paresseuse. »

Voici ce qui se rapproche beaucoup de l'asthénopie réflexe.

H. Fournier et Pouillet, dans des livres récents sur *'onanisme*, ont noté le rapport des excès vénériens et des troubles oculaires que malheureusement ils rangent dans la classe des amauroses.

En résumé, les organes génitaux et en particulier le système utéro-ovarien exercent une influence incontestable sur l'organe de la vision. Parmi les troubles de ces organes la plus grande part étiologique revient à la fonction menstruelle, surtout lorsque celle-ci est irrégulière.

Le pronostic et le traitement découlent naturellement des faits que nous avons exposés dans ce travail. Ils varient suivant qu'on ne considère que les phénomènes fonctionnels ou que l'on a en vue les phénomènes inflammatoires. Pour ce qui a trait aux troubles fonctionnels, le pronostic n'est pas très grave, la vie de l'or-

gane de la vision n'est pas en jeu. Mais les symptômes de l'asthénopie nerveuse sont si gênants, si ennuyeux que les malades demandent à tout prix à en être débarrassés. L'utérus étant ici le point de départ des accidents, il est évident que le pronostic et le traitement des affections oculaires sont évidemment subordonnés au pronostic et au traitement de l'affection utérine.

Le traitement, à proprement parler de l'asthénopie (verres convexes), ne convient que lorsqu'il y a en même temps un certain degré d'hypermétropie et lorsque l'affection utérine est en voie de guérison. Cette dernière condition est absolument nécessaire car si l'on se reporte à l'un des chapitres précédents, on verra que le propre même de l'asthénopie nerveuse ou réflexe d'origine utérine et génitale est de ne pas être corrigeable par les verres convexes, ce qui la distingue essentiellement de l'asthénopie accommodative.

Quant au pronostic et au traitement des phénomènes d'ordre inflammatoire, ils sont subordonnés à la formation des synéchies et généralement aussi aux causes des irrégularités menstruelles.

Lors qu'il n'y a pas de synéchies au moment où le malade vient consulter, le traitement est celui de l'iritis ou de l'irido-choroïdite (ce sont là les manifestations inflammatoires d'origine utérine les plus communes). Si, au contraire, il existe des synéchies, il est absolument nécessaire de pratiquer une iridectomie, car sans cette intervention, chaque période menstruelle peut devenir le point de départ d'irido-choroïdites graves qui mèneront fatalement l'organe de la vision à sa perte.

BIBLIOGRAPHIE

TISSOT. — De l'onanisme, dissertation sur les maladies produites par la masturbation, 1805.
DEMOURS. — Traité des maladies des yeux, t. II, 1818.
MARJOLIN. — Art. Amaurose, Dict. de méd. en 30 vol., t. II, 1833.
BRIERRE DE BOISMONT.— De la menstruation, 1842.
SICHEL. — Iconographie ophthalmologique des maladies de l'organe de la vue, 1852-59.
MACKENZIE. — Traité des maladies des yeux, t. II, 1857.
DESMARRES. — Traité théorique et pratique des maladies des yeux, t. III, 2e édit., 1858.
GUÉPIN (de Nantes). — Anat. d'ocul., t. XLI, 1859.
DOUMIC. — Amblyopie presbytique et congestive, Choroïdite congestive, Union médicale, 1er sept. 1859.
GALEZOWSKI. — Amaurose cérébrale double due à la suppression de l'époque menstruelle, Gaz. des hôp., 1864.
BROWN et MUSSELBOURGH. — Edimbourg med. and Surgical Journal, vol. XXVI, p. 279, 1864.
FOLLIN. — Art. Amaurose, Dict. encyc. des sciences médicales, t. III, 1865.
CARCASSONNE. — Troubles nerveux liés à un état physiologique ou pathologique de l'utérus, thèse de Paris, 1866.
WECKER. — Traité théorique et pratique des maladies des yeux, 1867.
RACIBORSKI. — Traité de la menstruation, 1868.
COURTY. — Maladies des yeux, 2e édition, 1872
PERRIN M. — Traité d'ophthalmologie et d'optométrie, 1872.
GALLARD. — Maladies des femmes, 1873.
MEYER. — Maladies des yeux, 1873.
FORT. — Choroïdite path. ext., t. II, 1873.
DENIS. — Nature et traitement de certaines formes d'irido-choroïdites. Thèse. Paris, 1873.
CHURCHILL. — Traité pratique des maladies des femmes, 1874.
WEBER. — De l'amaurose chez les femmes enceintes, Ann. d'ocul., t. LXXII, 1874.
BERTHIER. — Des névroses mensuelles. Gaz. hebd., 20 février 1874.
H. FOURNIER. — De l'onanisme, 1875.
GALEZOWSKI. — Maladies des yeux, 2e édit., 1875.

ABADIE. — Traité des maladies des yeux, 1876-77.

MAURIAC. — Art. Onanismo. Dict. de méd. et de chirurg. prat., t. XXIV, 1877.

J. HUTCHINSON. — De l'influence du système sexuel sur la nutrition de l'œil. An. d'ocul., t. LXXVII, 1877.

DEHENNE. — Un mot sur la myopie. Recueil d'ophthal, juillet 1878.

BARRIE. — Etude sur la ménopause. Gaz. des hôp. (Paris, 1877,)1878.

MARTINEAU. — Traité clinique des affections de l'utérus, 1878.

MEYER. — Des affections du tractus uvéal dans leurs rapports avec les troubles de la vie sexuelle chez la femme. Gaz. des hôp., 1878.

LEBAT. — Essai sur les lésions de nutrition de l'œil, liées à la menstruation. Thèse, Paris, 1878.

TANGUY. — Troubles visuels nerveux d'origine utérine simulant l'asthénopie. Thèse. Paris, 1877-78.

DEHENNE. — Rapports pathol. de l'œil et de l'utérus. Ann. de gynéc., septembre 1879.

POUILLET. — De l'onanisme chez la femme, 3e édit., 1880.

DEHENNE. — Spasme traumatique de l'accommodation (France Médicale, 1879.)

Paris. A. PARENT, imprimeur de la Faculté de Médecine, rue Mr-le-Prince, 31.